·专题研究·

我国慢性病防治政策文本的量化分析：基于政策工具、政策演进和政策主体的三维框架

龙春晓[1]，李承璐[1]，范阳东[1*]，石磊[1，2，3，4*]

1.511436 广东省广州市，广州医科大学卫生管理学院
2.510515 广东省广州市，广东省高校健康管理政策与精准健康服务协同创新研究哲学社会科学重点实验室
3.511436 广东省广州市，广东省高校基于大数据利用的卫生健康治理哲学社会科学重点实验室
4.511436 广东省广州市，粤港澳大湾区医药健康产（行）业高质量发展法治保障研究中心
*通信作者：石磊，教授/博士生导师；E-mail：hydleishi@126.com
范阳东，教授/博士生导师；E-mail：fyd_he@sina.com

【摘要】 **背景** 我国对慢性病防治工作日益重视，政策数量和种类呈增长趋势。随着人口老龄化的加剧，多重慢病成为公共健康领域面临的关键挑战，亟需优化相关政策。**目的** 旨在揭示慢性病政策的特征、重点领域，并识别政策改进的潜在方向。**方法** 基于政策工具、政策演进和政策主体的三维框架，采用内容分析法，通过 NVivo 20.0 软件对 2009 年 1 月—2024 年 1 月发布的慢性病相关政策文件进行编码及分类分析。运用社会网络分析法和 Ucinet 6.0 软件对政策主体合作网络进行分析，并使用 Excel 2021 进行统计分析。**结果** 对纳入的 68 份政策文件进行分析，识别出政策工具的使用共计 279 次，其中供给型工具 135 次，需求型工具 27 次，环境型工具 117 次。国务院办公厅涉及的政策工具参考点最多（35.48%，99/279），全国人民代表大会及其常务委员会最少（2.87%，8/279）。社会网络分析中政策主体合作网络密度为 0.631，国家卫生健康委员会的中心度最高。对 68 份政策进行分析，随着政策演进，政策工具数量与种类呈上升态势，但仍以供给型政策工具为主（35 份），且全国人大及其常委会涉及较少（3 份）。此外，68 份政策中涉及多重慢病的政策仅 10 份。**结论** 政策工具使用存在结构性不均衡，政策主体间协同性有待加强，多重慢病相关政策数量有限，缺乏专项政策。为应对慢性病防治挑战，建议优化政策工具配置，强化政策主体协同作用，并推动制定多重慢病专项政策，扩大政策覆盖面，且需从单病种管理模式转向多病共管模式，全面提升慢性病综合防治能力。

【关键词】 慢性病；多重慢病；政策工具；社会网络分析；政策文本分析
【中图分类号】 R 36 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0480

Quantitative Analysis of Chronic Disease Prevention and Treatment Policy Texts in China：Three-dimensional Framework Based on Policy Tools，Policy Evolution and Policy Subjects

LONG Chunxiao[1]，*LI Chenglu*[1]，*FAN Yangdong*[1*]，*SHI Lei*[1，2，3，4*]
1.*School of Health Management*，*Guangzhou Medical University*，*Guangzhou* 511436，*China*
2.*Social Science Key Laboratory of Guangdong Higher Education Institutes for Health Management Policy and Precision Health Services*，*Southern Medical University*，*Guangzhou* 510515，*China*
3.*Social Science Key Laboratory of Guangdong Higher Education Institutes for Health Governance Based on Big Data Utilization*，*Guangzhou Medical University*，*Guangzhou* 511436，*China*
4.*Guangdong-Hong Kong-Macao Greater Bay Area Medical and Health Industry High Quality Development Rule of Law Guarantee Research Center*，*Guangzhou Medical University*，*Guangzhou* 511436，*China*
**Corresponding authors*：*SHI Lei*，*Professor/Doctoral supervisor*；*E-mail*：*hydleishi*@126.com
FAN Yangdong，*Professor/Doctoral Supervisor*；*E-mail*：*fyd_he@sina.com*

基金项目：国家自然科学基金自主性项目（72104098）；广东省基础与应用基础研究基金（2023A1515010902）
引用本文：龙春晓，李承璐，范阳东，等. 我国慢性病防治政策文本的量化分析：基于政策工具、政策演进和政策主体的三维框架［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0480.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
LONG C X，LI C L，FAN Y D，et al. Quantitative analysis of chronic disease prevention and treatment policy texts in China：three-dimensional framework based on policy tools，policy evolution and policy subjects［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］



【Abstract】 **Background** China is increasingly emphasizing the prevention and control of chronic diseases, with the number and variety of related policies showing a growing trend. With the intensification of population aging, multimorbidity has become a critical challenge in the field of public health, necessitating the urgent optimization of relevant policies. **Objective** This study aims to reveal the characteristics and priority areas of chronic disease policies and identify potential directions for policy improvement. **Methods** Based on a three-dimensional framework of policy tools, policy evolution, and policy actors, content analysis was conducted using NVivo 20.0 software to encode and classify relevant policy documents issued between March 2009 and January 2024. Social network analysis was applied using Ucinet 6.0 software to examine the collaboration network among policy actors, and statistical analyses were performed using Excel 2021. **Results** Analysis of the 68 included policy documents identified a total of 279 references to policy tool usage, comprising 135 instances of supply-side tools, 27 instances of demand-side tools, and 117 instances of environmental tools. The General Office of the State Council accounted for the highest proportion of policy tool references (35.48%, 99/279), while the National People's Congress (NPC) and its Standing Committee accounted for the lowest (2.87%, 8/279). In the social network analysis, the collaboration network density among policy actors was 0.631, with the National Health Commission exhibiting the highest centrality. Further analysis of the 68 policies revealed an increasing trend in both the number and variety of policy tools as policies evolved, though supply-side tools remained predominant (35 policies). The NPC and its Standing Committee were involved in relatively few policies (3 policies). Moreover, only 10 out of the 68 policies addressed multimorbidity. **Conclusion** The results indicate structural imbalances in the use of policy tools and insufficient collaboration among policy actors. The number of policies addressing multimorbidity is limited, and specialized policies in this area are lacking. To address the challenges of chronic disease prevention and control, it is recommended to optimize the allocation of policy tools, enhance coordination among policy actors, and promote the development of specialized policies for multimorbidity. Expanding policy coverage and transitioning from a single-disease management model to an integrated multimorbidity management approach are essential to comprehensively strengthen the capacity for chronic disease prevention and control.

【Key words】 Chronic diseases; Multimorbidity, Policy instruments, Social network analysis, Policy text analysis

《“健康中国2030”规划纲要》明确提出“实施慢性病综合防治战略”的行动方针，凸显我国对慢性病防治工作的高度重视[1]。值得关注的是，多重慢病已成为慢性病发展过程中的显著特征之一[2]。多重慢病指的是个体同时罹患2种及以上慢性疾病[3]。随着人口老龄化程度加深，老年人多重慢病现象日益普遍，已逐渐演变为公共健康领域所面临的关键挑战[4]。全球65岁及以上老年群体中多重慢病患病率为40%~56%[5]。而在卫生管理领域，国内对老年人多重慢病的研究主要集中在综合评估、疾病管理以及医养结合等方面，缺乏基于政策工具视角的政策文本分析研究[6]。政策工具作为一种研究公共政策的有效手段，被广泛应用于医疗卫生方针政策领域[7-8]。本研究先检索并分析慢性病防治政策，然后对多重慢病政策加以分析，基于政策工具、政策演进、政策主体3个维度对我国68份慢性病（含多重慢病）防治政策文本深入剖析，旨在探究我国当前慢性病防治政策特征、重点领域以及潜在不足，以期为慢性病防治政策的改进和优化提供可行建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究以“慢病”“共病”“慢性病”“多重慢病”等为关键词，访问国务院、国家卫生健康委员会、农业农村部、全国人大及其常委会等相关部委官方网站及北大法宝数据库。采用全文模糊检索方式检索，以2009年新医改作为研究年份起始点，检索2009年1月—2024年1月发布的相关政策文件。

纳入标准：（1）中央政府机构发布的相关政策文件；（2）政策内容包括与慢性病相关的信息；（3）政策文件的类型包括法律、行政法规、国务院规范性文件和部门规章等。排除标准：（1）政策内容与慢性病关联度较低；（2）政策文件中提及关键词但缺乏实质性内容；（3）涵盖领导层讲话和职能部门的报告等。基于纳入和排除标准，最终选取政策文件68份，其中涉及多重慢病的政策10份。

1.2 研究方法

本研究采用内容分析法对我国慢性病防治政策进行剖析。首先，根据扎根理论对各个政策文本内容进行比较和归纳，构建“政策工具－政策演进－政策主体”三维分析框架。再者，基于三维分析框架，运用NVivo 20.0软件对纳入研究的68份政策文件完成设置代码节点、编码及分类。其次，基于社会网络分析法，借助Ucinet 6.0软件对政策主体合作网络进行分析，同时利用Nvivo 20.0软件分别对3个维度进行交叉分析。最后运用Excel 2021进行三维统计分析。

1.3 框架构建

一项政策的制定需要考虑多方面因素，传统单一或两个维度的分析框架难以适应我国复杂多变的政策环境以及多主体间利益交织的现实[9]。因此，本研究从政策工具（X 轴）、政策主体（Y 轴）和政策演进（Z 轴）构建慢性病防治政策三维分析框架（图 1）。

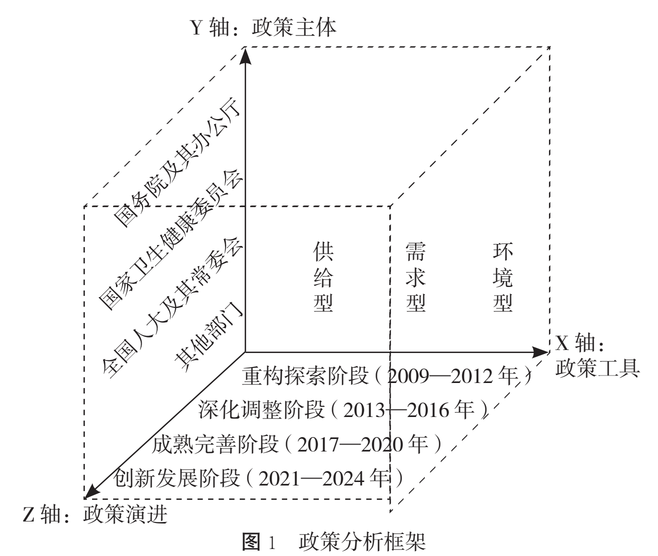


图 1　政策分析框架
Figure 1　Policy analysis framework

1.3.1　X 维度：政策工具。政策工具是实现慢性病防治目标的手段或方法[10]。采用 Rothwell 的政策工具分类方法，结合我国慢性病防治政策的特征，将纳入的政策内容分为供给型、需求型和环境型[11]。供给型工具主要体现在为防治慢性病提供实质支持，如基础设施建设和人才队伍建设，保障慢性病防治工作的稳定运行。需求型工具通过发挥政府和市场的作用来拉动政策效益，如政府通过提高保障水平、扩大医保支付范畴等措施减轻慢性病患者就医负担，旨在发挥推动慢性病防治政策实施的拉力作用。而环境型工具则发挥间接推动作用，通过制定目标规划、法制规范等方式营造有利于实现政策目标的社会环境，促进慢性病防治工作朝秩序化、规范化方向发展，提高防治水平。

1.3.2　Y 维度：政策主体。政策主体是指参与政策过程的个人、团体或组织[12]。本研究采用社会网络分析法，构建慢性病防治相关政策主体间的合作矩阵，并对合作网络进行分析，主要聚焦于网络结构特征和节点特征的分析，旨在揭示政策制定过程中政策主体间合作关系的紧密性。其中，网络中心度作为关键指标，用于衡量网络成员的重要程度及其在网络中心位置的占据情况。防治慢性病涉及多个领域，需要不同层级、不同职能部门分别或联合出台政策。因此，研究政策主体共现网络有利于分析政策制定主体间的合作关系，为扩大防治政策制定的合作网络、扩大政策的覆盖面提供参考依据，贯彻“将健康融入所有政策”的卫生工作方针。

1.3.3　Z 维度：政策演进。政策演进是持续且动态的过程，能清晰地呈现政策在不同历史时期的发展脉络和变化趋势[13]。随着人口老龄化加深、生活水平的提高和人群疾病谱的变化，越来越多人同时患有多种慢性病[14]。而多重慢性病的管理也比单一慢性病更为复杂[15]，因此政策也需要随之演进、更新以应对新情况。综合团队讨论意见，以 2009 年新医改作为时间起始点，将慢性病防治政策分为重构探索阶段（2009—2012 年）、深化调整阶段（2013—2016 年）、成熟完善阶段（2017—2020 年）和创新发展阶段（2021—2024 年）。

2　结果

2.1　政策工具分析结果

在对纳入的 68 份政策文件的定量分析中，识别出政策工具的使用共计 279 次。其中，供给型工具 135 次，需求型工具 27 次，环境型工具 117 次，各类政策工具的使用情况见表 1。

首先，三大政策工具类型在使用上存在不均衡现象。总体来说，供给型工具在所有政策工具中的使用比例为 48.39%（135/279），凸显了政策制定者在慢性病防治政策领域对供给型工具的重视。且环境型工具在所有政策工具中的使用频率占比为 41.93%（117/279），与供给型工具的使用比例相近。而需求型工具的总体使用频率较低，为 9.68%（27/279），表明当前政策在满足慢性病患者具体需求、拉动政策效益方面存在较大的提升空间。

其次，政策工具内部子工具也存在失衡问题。在供给型内部子工具的使用方面，基本公共服务、设施建设和信息技术 3 种工具占比较高，而人才建设、资金投入和资源配置 3 种工具合计占供给型工具的 11.11%（15/135），存在潜在的发展空间。在需求型工具使用情况方面，医疗保障工具的使用频率居需求型工具之首，但涉及政府买卖的政策较少（3.70%，1/27）。环境型工具的使用情况显示，策略措施工具占比最高（35.90%，42/117），其次是目标规划（19.66%，23/117）和社会环境（15.38%，18/117），而财政金融方面较为薄弱（5.13%，6/117）。

2.1.1　政策工具与政策主体交叉分析：使用 NVivo 20.0 软件进行 X 轴（政策工具）与 Y 轴（政策主体）的交叉分析，揭示慢性病防治政策工具与主体的相互关系，见图 2。在供给型、需求型和环境型三类政策工具中，国务院办公厅发文涉及政策工具参考点的频次最多（35.48%，99/279），其中供给型政策最多（46.46%，46/99），环境型政策次之（35.35%，35/99），需求型政策最少（18.18%，18/99）。此外，全国人民代表大会及其常务委员会发文最少（2.87%，8/279），表明在

立法和政策推动方面还有更大的参与空间和潜力。且全国人民代表大会及其常务委员会涉及需求型政策工具的参考点为 0，表明需求型政策的作用仍需加强，应进一步从立法维度聚焦于提高公众的健康认知、改善医疗服务的可及性，以及加强慢性病患者的支持机制。

表 1 慢性病防治政策工具使用情况（n=279）

Table 1 Chronic disease prevention and treatment policy tools

工具类型	工具名称	频次	占该类型的比例（%）	占全部工具的比例（%）
供给型		135		48.39
	基本公共服务	36	26.67	12.90
	设施建设	37	27.41	13.26
	信息技术	30	22.22	10.75
	保障用药	17	12.59	6.09
	人才建设	10	7.41	3.58
	资金投入	2	1.48	0.72
	资源配置	3	2.22	1.09
需求型		27		9.68
	医疗保障	13	48.15	4.66
	产业发展	4	14.81	1.43
	示范经验	6	22.22	2.15
	国际交流	1	3.70	0.36
	公私合作	2	7.42	0.72
	政府购买	1	3.70	0.36
环境型		117		41.93
	策略措施	42	35.90	15.05
	目标规划	23	19.66	8.24
	社会环境	18	15.38	6.45
	部门协作	16	13.68	5.73
	法制规范	12	10.25	4.31
	财政金融	6	5.13	2.15

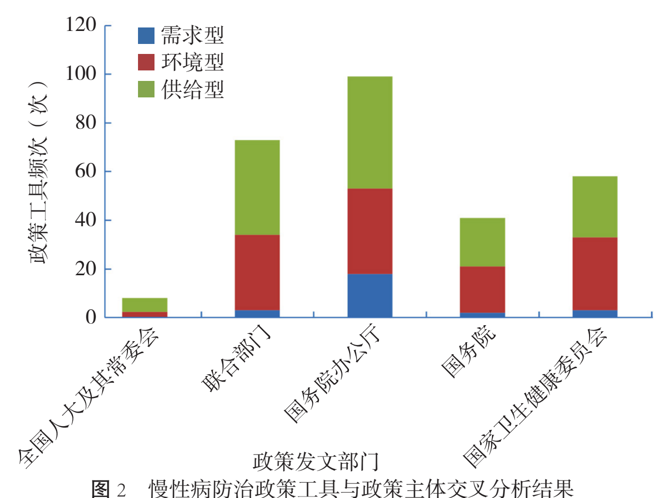


图 2 慢性病防治政策工具与政策主体交叉分析结果

Figure 2 Cross-analysis results of chronic disease prevention and treatment policy tools and policy entities

2.1.2 政策工具与政策演进交叉分析：图 3 展示了三类政策工具在政策演进过程中使用比例分布情况。结果表明，三类政策工具在发展演变中展现出不同的特征和趋势。在各个政策演进阶段中，占比最高的均为供给型政策工具，依次为 46.94%、46.00%、45.57% 和 55.17%，且比重随着时间推移逐步增加。而环境型工具自 2013—2016 年后比重逐步下降，由 46.00% 降至 36.78%。需求型工具始终在各个阶段中占比最低，分别为 8.16%、8.00%、13.92%、8.05%。

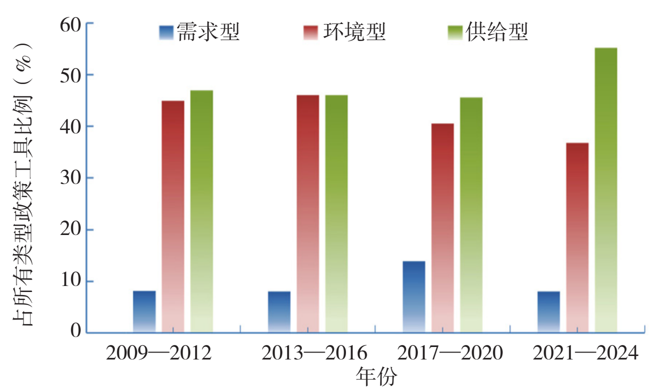


图 3 三类政策工具在政策演进过程中使用比例情况

Figure 3 Distribution of the proportion of three types of policy tools used in the policy evolution process

2.2 政策主体分析结果

在政策制定体系中，政策主体作为政策制定的关键角色，其所处的层级结构是评估其政策权威和执行力度的重要标准。同时，制定政策的主体之间的协作关系，一定程度上能反映政策效力，还能指明政策预期实施的路径[13]。本文运用社会网络分析法分析慢性病防治政策发文主体的网络图谱，68 份慢病防治政策文件中仅有 3 份政策来自全国人民代表大会及其常务委员会，53 份来自国务院及其下属机构，共占政策文件总数的 77.94%。在政策文件发布数量的统计中，独立发布的政策文件共计 56 项，占总发布量的 82.35%；而由 3 个或以上部门共同发布的联合文件数量为 12 项，占 17.65%。在对 68 份政策文件进行系统性分析的基础上，发现其中超过 80% 的文件是由全国人民代表大会、国务院及其下属机构等国家级决策机构所制定，这些文件在政策体系中具有显著的权威性，能够显著代表国家层面的政策导向和价值取向。

慢性病防治政策主体共现网络见图 4。该合作网络的网络密度计算结果为 0.631，意味该网络中有大约 63.1% 的政策主体之间建立了连接，共同构成了网络的整体结构[16]。在图中，每个以蓝色标示的节点象征 1 个独立的政策主体，中心且面积较大的节点表明该政策主体具有较高的影响力。节点间的连线则表示不同政策主体间的合作关系，特别是在联合发布政策文件方面的

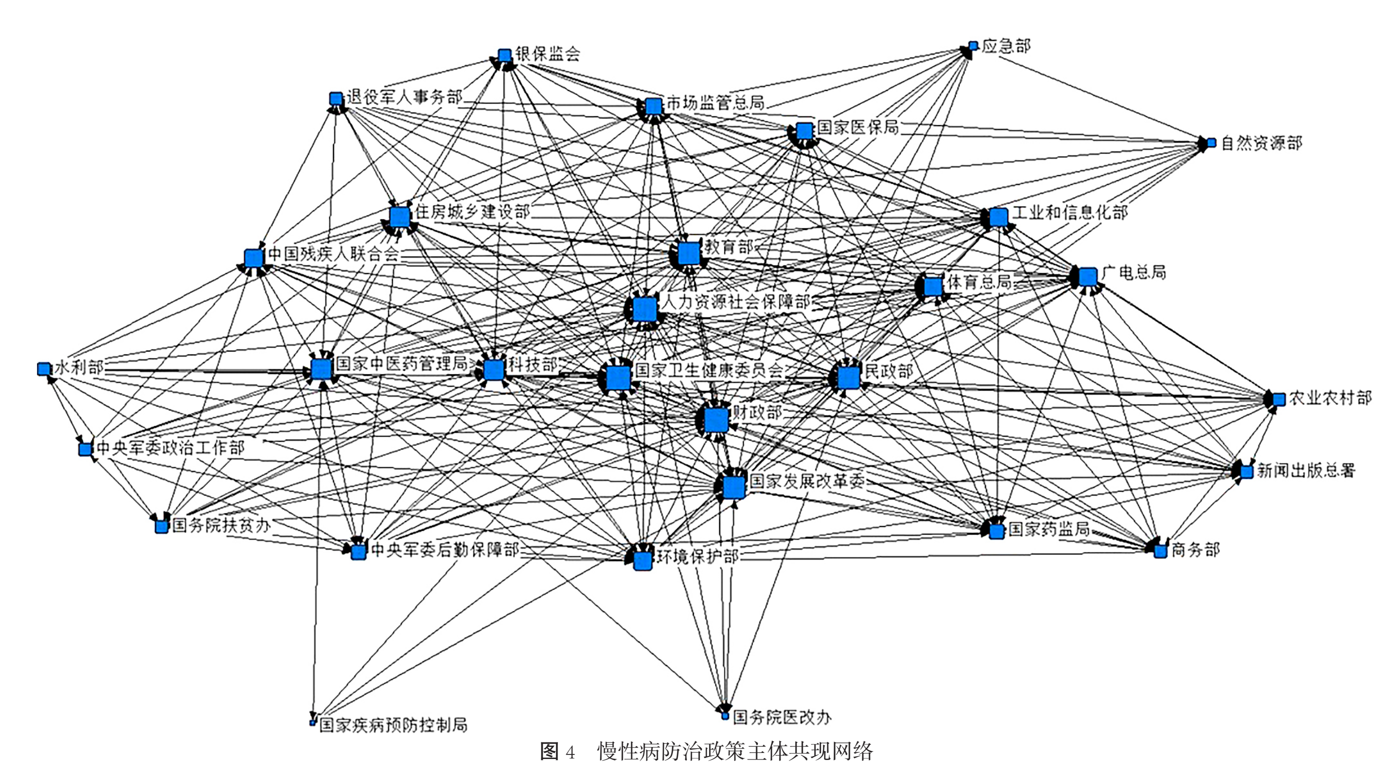


图 4　慢性病防治政策主体共现网络

Figure 4　Co-existing networks of chronic disease prevention and treatment policy actors

协作。图中处于相对中心位置的 8 个主体分别是“国家中医药管理局”“国家卫生健康委员会”“人力资源社会保障部”“国家发展改革委员会”“科技部”“教育部”“财政部”“民政部”。这些主体在多样的政策文件中彼此交织并发挥着关键作用，在推动慢性病防治政策体系构建过程中扮演着重要角色，反映其在当前慢性病防治政策制定中的核心地位。国家卫生健康委员会等机构相当于政策推进合作网络的“心脏”，在政策制定的过程中发挥核心的泵血作用，为整个系统提供动力和方向，起到了参谋、执行的作用，推动了合作制定政策的进展。而各部委则如同共现网络的“四肢”，在政策的执行和完善中发挥着支撑和实施的作用，确保政策能够尽可能涉及每个领域，形成政策主体合作网络的完整闭环。但部分政策主体呈现集聚现象，如教育部、人力资源社会保障部和国家卫生健康委员会，政策发文主体网络未完全形成多中心、分散合作的模式。

节点的度数中心性是指一个网络成员与网络中其他成员直接连接的数量，其可被划分为绝对中心度（Degree）和相对中心度（Normalized Degree）。中心性份额（Share）反映节点在网络中所占的权重比例，其值越大，意味着慢病防治政策主体在整个网络结构中的重要性和受关注程度越高。统计 68 份政策文件颁布机构出现的次数并计算各颁布机构的中心度，排名前10位的见表2。参与颁布慢性病防治政策的主体共30个，其中国家卫生健康委员会的中心度最高，国家发展改革委员会、教育部和科技部中心度也较高，其余主体中心度较低。国家卫生健康委员会的发文频率和网络中心度指标显著，反映其在政策制定中的活跃度及其与其他部门的有效协同。国家发展改革委员会的发文频次相对较低，但其网络中心度指标仅次于国家卫生健康委员会，表明该委员会在政策制定网络中与其他主体的联合发文行为较为频繁，体现了其在政策协同中的重要地位。

表 2　慢性病防治政策主体的节点度数中心性分析

Table 2　Nodal degree centrality analysis of chronic disease control policy subjects

排序	颁布主体	绝对中心度	相对中心度	中心性份额
1	国家卫生健康委员会	74	36.45	0.09
2	国家发展改革委员会	52	25.62	0.06
3	教育部	52	25.62	0.06
4	科技部	48	23.65	0.06
5	工业和信息化部	28	13.79	0.03
6	民政部	44	21.67	0.05
7	财政部	66	32.51	0.08
8	人力资源社会保障部	63	31.03	0.07
9	环境保护部	28	13.79	0.03
10	农业农村部	14	6.90	0.02

2.3　基于三个维度的交叉分析结果

本研究采用三维分析框架对我国 68 份慢性病防治政策文本进行了统计，绘制出三维交叉统计图（图 5）。结果显示，2009—2012 年以环境型政策为主，共计 6 份，占该阶段政策总数的 2/3；2013—2016 年呈现均衡发展的态势；2017—2020 年供给型政策与环境型政策持平（均

为8份），而需求型政策仅是两者的一半；2021—2024年3种工具类型的政策均表现出较大幅度的增长。随着时间的推移，国务院及其办公厅在慢性病防治中的主导地位逐步加强，由2009—2012年的2份增长至2021—2024年的23份，体现了国家对公共卫生体系重视程度的持续增强和积极行动。从4个阶段的政策制定情况可见，环境型（25份）和需求型（8份）政策文件的数量相对较少，表明在环境规制和需求激励方面的政策仍有增长空间。

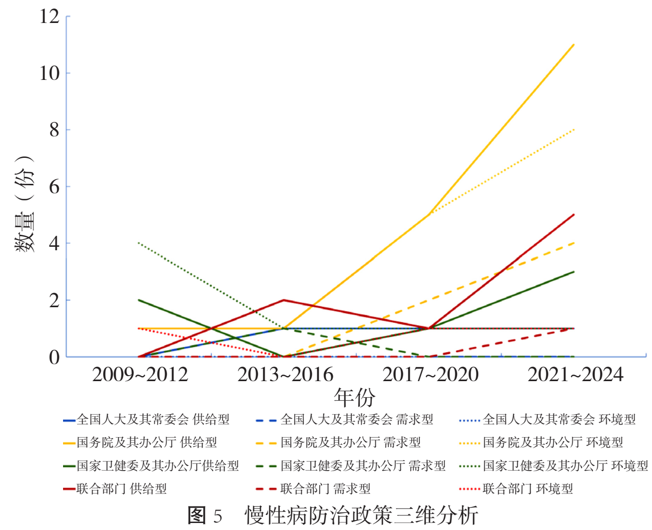


图5 慢性病防治政策三维分析

Figure 5 Three-dimensional analyses of chronic disease prevention and control policies

2.4 多重慢病的政策分析结果

我国关于多重慢病相关政策的制定起步较晚，2017年首次提出要加强老年共病基础研究。随后，在2019年发布的《健康中国行动》中，“三高”（高血压、高血糖、高血脂）共管的概念首次纳入政策视野，各地多重慢病共管实践正式开展。然而，目前我国多重慢病政策体系仍显薄弱，具体表现为相关政策数量有限（仅10份），且缺乏具有明确针对性和全面覆盖性的专项政策（表3）。这一现状制约了政策在指导实践、优化资源配置方面的效能，因此，加快出台更多具有前瞻性和实操性的多重慢病专项政策，成为当前亟待解决的重要问题。

表3 多重慢性病防治相关政策文件

Table 3 Policies and documents related to the prevention and treatment of multimorbidity

年份（年）	政策名称	具体内容
2017	《“十三五”卫生与健康科技创新专项规划》	加强老年共病研究，探索共病发病过程和规律
2019	《健康中国行动》	推进“三高”（高血压、高血糖、高血脂）共管
2019	《老年医学科建设与管理指南（试行）》	老年医学科主要收治患老年综合征、共病以及其他急、慢性疾病的老年患者
2021	《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》	推进“三高”共管试点
2022	《“十四五”健康老龄化规划》	推动老年医疗服务从单病种模式向多病共治模式转变；加强老年慢性病和共病诊疗技术研究
2022	《“十四五”国民健康规划》	推进“三高”共管；推动开展老年综合征诊治，促进老年医疗服务从单病种向多病共治转变
2022	《深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务》	推进“三高”共管试点，推进基层慢性病医防融合管理
2023	《征集癌症、心脑血管、呼吸和代谢性疾病相关领域专家》	征集从事癌症、心脑血管、呼吸和代谢性疾病或相关共病专业方向的专家
2023	《关于做好2023年基本公共卫生服务工作的通知》	对同时患有高血压、2型糖尿病等多种慢性疾病的患者，要创新手段积极推进开展多病共管服务
2024	《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》	推进基层多病共防、多病共管和医防融合服务

3 讨论与建议

本研究基于政策工具、政策演进和政策主体的三维框架深入剖析了我国慢性病防治政策。伴随政策的演进，政策呈现出多样化、全面化趋势，但仍存在政策工具结构性失衡、政策主体间协同性欠佳、多重慢病相关专项政策缺乏等问题，亟需完善优化政策设计，以加快推进我国慢性病防治进程。

3.1 优化政策工具配置，提高结构均衡性

政策分析结果显示，政策工具类型以供给型（48.39%）和环境型（41.93%）为主，需求型工具占比9.68%，与其他两者差距甚大，呈现出政策工具类型严重不均衡现象。且从政策演进角度看，需求型工具的增长幅度较小且不稳定。未来政策制定需要兼顾各类政策工具，逐步加大需求型政策工具的比例，充分发挥其对慢性病防治的拉动作用。具体可通过政策指引加大医疗保障力度，扩大医保报销范围，尽可能减轻患者就医负担；为促进慢性病防治的相关国际交流提供政策支持，引进先进经验和技术，完善我国慢性病防治体系和提高防治能力；针对慢病管理模式、监管机制等方面展开试点，探索各方经验，形成有效的推广路径。在大力补充需求型政策工具的同时，也要注重供给型和环境型政策工具的优化提升。对于供给型工具，建议政府增加对基层医疗机构的投资，提高医护人员的培训质量，以及优化医疗设备配置等。在环境型工具方面，建议加强健康教育和健康促进活动，制定更严格的健康相关法规和标准等。

此外，政策工具内部子工具也存在失衡问题。现有的供给型工具中，资金投入的相关政策工具使用甚少，不利于支撑慢性病医保支付体系和基础设施建设等

方面，也会间接影响需求型工具发挥有效作用[17]。建议政府部门加大资金投入，为慢性病防治提供重要动力。而在环境型工具中，占比最小的子工具是法制规范（5.13%），同时在政策主体中发文最少的是全国人民代表大会及其常委会。综合结果表明在规范医疗服务、完善监管机制、保障患者权益等方面仍有完善空间。

3.2 强化政策主体协同作用，提升整体效能

通过社会网络分析可知，在当前政策主体的协作格局中，部分政策主体呈现集聚现象，未能按照多中心、分散合作的模式充分展开，整体合作程度有限，限制了政策制定和执行的效率。为提升政策执行效果，应进一步推动政策主体间的协同合作以制定更加完善的政策，特别是跨部门间的协调与整合[18]。建议通过建立健全的合作机制和信息共享平台，提升政策制定的协同效应和整体效能，形成全社会共同参与的防治格局。

在纳入研究的政策中，政策主体独立发布的文件数量占比较高，而联合部门发文的政策仅 13 条，表明在政策制定过程中，政策主体间的互动与合作机制尚存在优化空间，亟需通过增强跨机构间的协调与整合，以提升政策制定的协同效应和整体效能。促进跨部门的协作对于激发各参与主体的潜力、发挥各部门职能至关重要，能显著提高政策制定、执行及监管等环节的效率，进而达到资源利用和政策效益的最大化。通过强化政策主体之间的合作，有利于构建一个更加高效、协调的慢性病防治政策实施体系，为实现防治慢性病目标提供有力支撑。建议政府建立跨部门的政策协调机制，如定期举办政策协调会议、搭建共享数据平台等，以增强政策主体间的沟通和合作。同时，注重加强政府与非政府组织、公立医院、民营机构、患者团体之间的合作，以形成全社会共同参与的慢性病防治格局。

3.3 推动制定多重慢病专项政策，扩大政策覆盖面

本研究纳入的政策文本中，涉及多重慢病的政策文本仅 10 份，呈现慢性病防治政策覆盖面不足的问题。目前，国家层面的慢性病防治政策虽已重视健康教育、营养指导、体医结合以及慢性病患者的长期护理和管理体系建设等方面，但多聚焦于单一病种，对多重慢病的综合性和针对性政策指导尚显匮乏。

中国大陆地区居民慢性病共病患病率高达 36.3%，其中 78% 以上的老年人至少患有 1 种慢性病[19]。随着人口老龄化的进展，多重慢病除了给患者带来沉重疾病负担，还会使医疗卫生体系面临服务供给负担与经济负担。因此，亟需加强相关政策指引，提高多重慢病监测力度，建立多重慢病共管共治的系统服务模式。

当前慢性病防治政策在多重慢病领域存在多项空白。一是缺乏具体的多病共管落实方案。现有的政策仅提出“三高共管”，所涉及的慢性病病种较少，共管方案尚不明晰，责任主体尚未明确，具体落实仍需更多针对性的政策。建议制定涵盖多种常见慢性病组合的多病共管政策，明确政府、医疗机构、社区及患者在多病共管中的各自职责，建立跨部门协作机制，促进政策有效落地。二是缺乏对专业人才队伍建设的政策支持。目前多重慢病医护团队建设和人才培养进程相对滞后，难以满足日益增长的多重慢病管理需求[20]。建议加强相关学科建设和人员培训的政策指引，尤其是对药师和老年护理人员的培养[21]。三是多重用药相关政策的缺位。目前 65 岁以上老年人多重用药率高达 37%，过度多重用药率为 14%[22]，但目前针对多重用药的系统性指导政策尚为空白，无法为医疗机构和医务人员提供明确的操作指南。建议结合我国老年人的特殊性和医疗卫生体系的实际情况，借鉴国内外先进经验，制定符合国情的多重用药管理规范，提供一套科学、系统的操作指南。

总体而言，面对日益严峻的多重慢病挑战，多重慢病专项政策的制定与调整显得尤为关键。政策制定者需将视角从传统的以病为中心的“单病种”管理模式，逐步转向更加全面、以人为本的“多病共管”模式，以全面提升慢性病综合防治能力。

作者贡献：龙春晓负责研究的构思与设计，数据的收集、整理与分析，论文的撰写；李承璐进行图、表的绘制，论文的撰写；石磊、范阳东负责文章的质量控制与审查，对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

龙春晓 https://orcid.org/0009-0005-7541-2346

石磊 https://orcid.org/0000-0002-8924-0734

参考文献

[1] 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL].（2024-05-11）[2024-05-11]. https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

[2] 郑晓，田峰，陈一鸣，等. 2002—2022 年我国多重慢病领域研究热点及演进趋势分析[J]. 中国全科医学，2023，26（21）：2567-2573.

[3] 原温佩，薛雅卿，蔡圆，等. 老年人多重慢病患病现状及生活自理能力调查[J]. 现代预防医学，2021，48（14）：2590-2593，2598.

[4] 董海颖，梁笑笑，何燕. 基于 Logistic 回归与决策树模型的老年多重慢病及影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理，2024，41（2）：208-211.

[5] 黄倩，徐昕，邵洁，等. 家庭医生在多重慢病患者诊疗中潜在不合理用药情况及培训需求分析[J]. 中华全科医学，2024，22（1）：93-96，143. DOI：10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.003339.

[6] 卫安乐，冯文. 基于 CiteSpace 的国内外老年人多重慢病研究的可视化分析[J]. 医学与社会，2023，36（7）：1-6. DOI：10.13723/j.yxysh.2023.07.001.

[7] 刘军军，王高玲. 基于政策工具的慢性病健康促进政策文本量

化研究［J］. 中国卫生经济，2019，38（2）：12-16. DOI：10.7664/CHE20190203.
［8］李浩，戴遥，陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析——基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架［J］. 中国卫生政策研究，2021，14（12）：16-25. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2021.12.003.
［9］鲜国炜，赵航，宫云娜，等. 基于三维分析框架的我国中医药应急管理政策文本分析［J］. 中国药房，2024，35（9）：1039-1043. DOI：10.6039/j.issn.1001-0408.2024.09.03.
［10］WOODSIDE K. Policy instruments and the study of public policy［J］. Canadian Journal of Political Science，1986，19（4）：775-794. DOI：10.1017/S0008423900055141.
［11］ROTHWELL R. Reindustrialization and technology：Towards a national policy framework［J］. Sci Public Policy，1985，12（3）：113-130. DOI：10.1093/spp/12.3.113.
［12］BLOCH C W，ADALSTEINSDOTTIR E，KUUSISTO J，et al. Service innovation in the Nordic COUNTRIES：key factors for policy design［R］. Nordic Innovation Centre，2008. https://www.academia.edu/68801824/Service_innovation_in_the_Nordic_countries_Key_factors_for_policy_design.
［13］许洪皓，刘若颖，那昕，等. 我国基本医疗保险定点零售药店改革政策的量化分析［J］. 中国药房，2024，35（6）：647-652.
［14］HOFFMAN C，RICE D，SUNG H Y. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs［J］. JAMA，1996，276（18）：1473-1479.
［15］BAYLISS E A，STEINER J F，FERNALD D H，et al. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases［J］. Ann Fam Med，2003，1（1）：15-21. DOI：10.1370/afm.4.
［16］MAYHEW B H，LEVINGER R L. Size and the density of interaction in human aggregates［J］. Am J Sociol，1976，82（1）：86-110. DOI：10.1086/226271.
［17］孟晓庆，李超凡，孙强. 政策工具视角下我国门诊慢性病医疗保障政策文本量化研究［J］. 中国卫生事业管理，2023，40（1）：24-28，52. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.248.
［18］冷威威. 绿色金融政策主体协同的网络特征研究——基于省级联合行文政策的社会网络分析［J］. 生产力研究，2024（4）：137-143. DOI：10.19374/j.cnki.14-1145/f.2024.04.021.
［19］何莉，张逸凡，沈雪纯，等. 中国大陆地区居民慢性病共病的流行趋势：一项 Meta 分析［J］. 中国全科医学，2023，26（29）：3599-3607.
［20］林彬龙，吴晓园，吴心怡，等. 老年慢性病全周期健康管理的现实梗阻与优化路径研究［J］. 卫生经济研究，2024，41（5）：5-8，12. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2024.05.001.
［21］董士超，王荣环. 以内分泌科为例探讨慢病管理药师培养体系的构建［J］. 继续医学教育，2024，38（2）：145-148.
［22］李荔，李莎，卫芸，等. 社区老年人多重用药率及其相关因素的系统综述［J］. 中国全科医学，2021，24（25）：3161-3170. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.204.

（收稿日期：2024-08-13；修回日期：2024-12-02）
（本文编辑：贾萌萌）